

**CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACION DE
INFORMACION QUE SE REFIERE A UN PACIENTE
DE ALCOHOLISMO/ABUSO DE DROGAS**

APELLIDO DEL PACIENTE	PRIMER NOMBRE	INICIAL.
NUMERO DEL CASO		
CENTRO	UNIDAD	

INTRUCCIONES: UNA COPIA DEL FORMULARIO PARA EL PACIENTE! Prepara una (1) copia para el historial del paciente. Si este formulario es utilizado para propositos de cobro, preparar una copia adicional para el Agente de Recursos y Reembolso. Si este formulario se manda a otra agencia solicitando informacion, prepare una copia adicional para el historial del paciente.

**[REVELACION/ [DIVULGACION] CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE
(CIRCULE)**

LIMITES O TIPO DE INFORMACION QUE SERA REVELADA/DIVULGADA	
PROPOSITO O NECESIDAD PARA LA REVELACION/DIVULGACION	
NOMBRE O TITULO DE LA PERSONA U ORGANIZACION REVELANDO/DIVULGANDO INFORMACION	NOMBRE O TITULO DE LA PERSONA U ORGANIZACION AGUIEN SE LE REVELARA/DIVULGARA LA INFORMACION:
ENTRE:	

Yo, quien abajo firmo, he leído lo de arriba y autorizo al personal de la institucion nombrada que revelera/divulgara tal informacion contenida. Yo comprendo que este consentimiento puede ser retirada por mi, en escrito, en cualquier tiempo excepto al punto que ya haya sido divulgada basado en este consentimiento. Este consentimiento se expira seis (6) meses despues de ser firmado, a menos que un periodo diferente, evento o condicion sea especificado abajo, en tal caso ese periodo, evento o condicion aplicara. Yo tambien comprendo que cualquiera divulgacion esta limitada por el Titulo 42 del Codigo de Regulaciones Federales que gobiernan la confidencialidad de archivos de alcohol y abuso de drogas, al igual que el codigo de la Portabilidad del Seguro de Salud y Contabilidad del 1996 ("HIPAA") 45 C.F.R> PTS. 160 Y 164; y que divulgar de nuevo esta informacion a personas/instituciones ademas de la nombrada arriba es prohibida sin autorizacion adicional de mi parte.

Periodo, evento, o condicion reemplazando el periodo especificado arriba: _____

NOTA: Cualquier informacion divulgada atraves de este formulario sera acompañada por el formulario que prohíbe la Divulgacion de Informacion que Concierna un Paciente de Alcoholismo/Abuso de Drogas (TRS-1)

Yo comprendo que generalmente el programa no pone como condicion de mi tratamiento que yo firme este consentimiento, pero que en ciertas circunstancias limitadas tratamiento se me puede negar si yo no firmo este consentimiento. Yo he recibido una copia de este formulario como es reconocido por mi firma abajo.

(Firma del Paciente)

(Firma del Pariente/Guardian, cuando sea requerido)

(Nombre del Paciente en letra de Molde)

(Nombre del ParienteGuardian, en letra de Molde)

(Fecha)

(Fecha)